

嘉義縣大林鎮平林國民小學 109 學年度校園緊急傷病事件處理實施辦法

壹、依據：

- 一、學校衛生法第十五條、學校衛生法施行細則。
- 二、教育部 109 年 1 月 22 日臺教綜(五)字第 1090013442 號函為因應大陸地區發生「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情。
- 三、依據教育部主管各級學校「學校緊急傷病處理準則」。

貳、目的：處理校園內外師生員工突發事件，足以影響成員身心健康或校譽之情事者。

參、組織編制：(詳如任務編組表)

- 一、組織：本小組由學校有關人員組成之，並在必要時得聘請請相關專業或有處理學生事件經驗之校內外人士為諮詢顧問。
- 二、職掌：
 1. 召集人：緊急指揮，召開會議，對外新聞之發言及指示一切相關事宜
 2. 總幹事：處理、協調小組事務
 3. 新聞組：對外新聞發佈及發言資料蒐集整理
 4. 資料組：調查蒐集彙整資料、並隨時更新
 5. 聯絡組：聯繫救災單位，校內外聯絡通報，並依規定填表傳真、上網通報教育處、督學及相關單位
 6. 法律組：負責法律諮詢、法條收集事項
 7. 協調組：申訴、仲裁、救助及賠償之協調
 8. 安全組：人員出入、疏散管理，現場安全之維護及現場周邊設施之設置。財物損失之清檢工作。
 9. 醫務組：緊急醫護處理
 10. 輔導組：協調有關資源及提供相關人員身心之輔導
 11. 顧問：協助緊急事件之處理與諮詢

三、任務：

1. 結合專家學者、家長會代表及社區社會熱心專業人士成立支援系統。
2. 處理師生及職工傷害、綁架、勒索、搶劫、竊盜、群毆、性騷擾、性侵害、性交易及受家庭暴力傷害等重大案件。
3. 處理師生及職工(含替代役役男)食物中毒、爆裂物傷害、溺水、燒燙傷、交通事故、家庭遽變及天然災害等重大意外或災害。
4. 處理師生及職工，校內外之各種抗爭活動。
5. 處理校內外各項陳請、申訴、衝突、記者會及訴訟等事項。
6. 其他嚴重影響校園安寧、師生及職工權益暨榮譽事項。

肆、處理流程：詳如流程圖

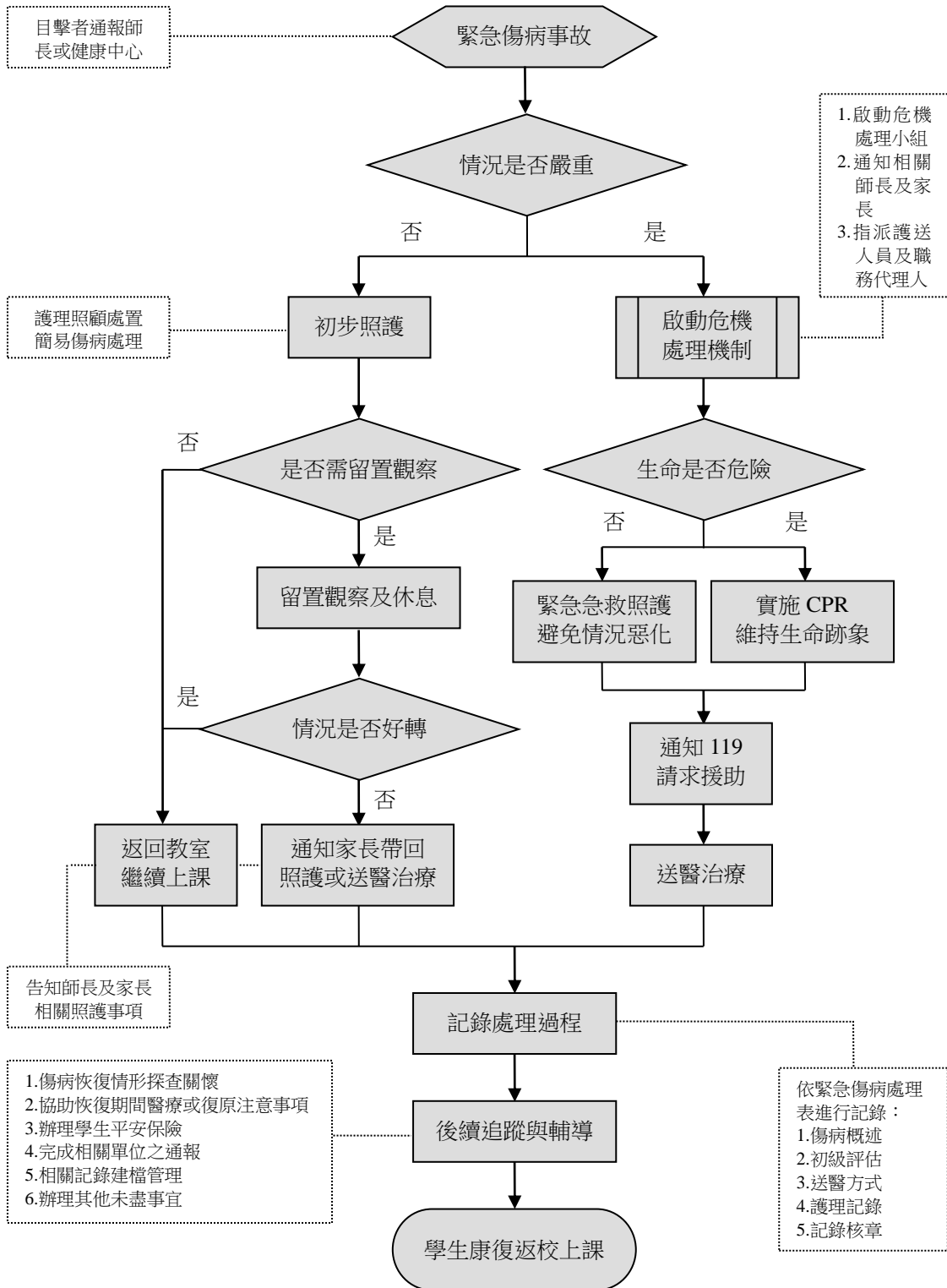
1. 師長判定學生傷病狀況，若校護在校，依附件一之 SOP 流程處理，「校護」依附件一填列表格；若無校護在校，依附件二之 SOP 流程處理，「醫護組」依附件二填列表格。
2. 發生重大事件依校園緊急事件處理流程，立即啟動緊急事件危機處理小組。

**嘉義縣大林鎮平林國民小學緊急傷病事件
危機處理小組名冊及任務**

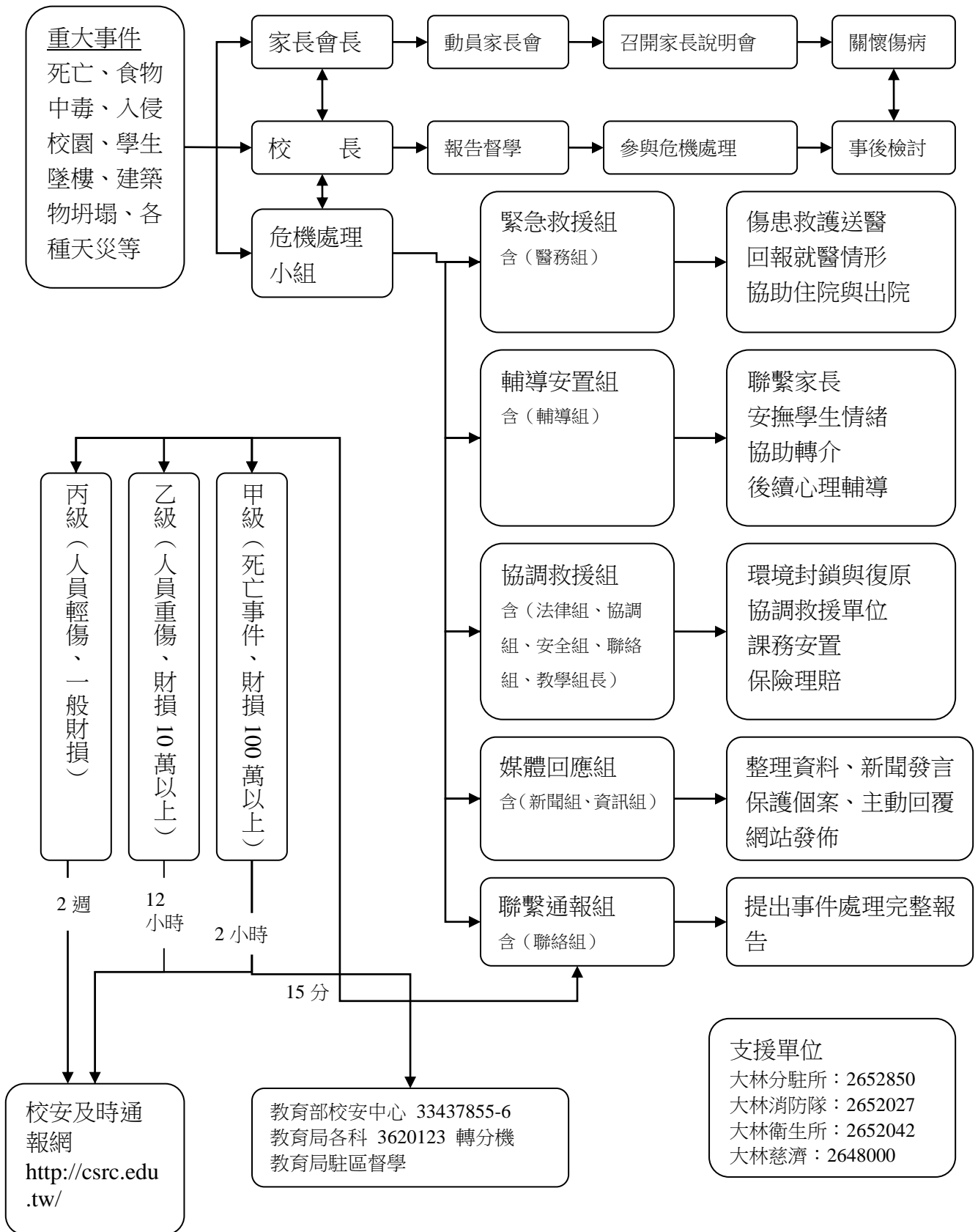
職務	職稱	任 務	聯絡電話
召集人	校 長	緊急指揮，召開會議，對外新聞之發言及指示一切相關事宜	一、本校電話： 05-2650887 傳真： 05-2657402
總幹事	學務主任	處理、協調小組事務	
新聞組	教務主任	對外新聞發佈及發言資料蒐集整理	對外發言人： 1. 校長指定發言人 2. 校長 二、嘉義縣教育處 學特科、體健科 ：05-3620123 轉 8700·8316 傳真：3620380 三、教育部訓委會 電話：02-2396857 四、消警救難單位 電話： 大林分駐所： 05-2652850 消防隊：119 或 05-2652027 兒保專線：113 鄰近醫院電話： 慈濟醫院： 05-2648000 嘉基醫院： 05-2765041 衛生所： 05-2652042
資料組	教學組長 圖資組長	調查蒐集彙整資料、並隨時更新	
聯絡組	訓育組長	聯繫救災單位，校內外聯絡通報，並依規定填表傳真、上網通報教育處、督學及相關單位	
法律組	人事主任	負責法律諮詢、法條收集事項	
協調組	總務主任 主 計 出納組長	申訴、仲裁、救助及賠償之協調	
安全組	科任教師 服務員 財產管理	人員出入、疏散管理，現場安全之維護及現場周邊設施之設置。財物損失之清檢工作。	
醫務組	護理師 幹事	緊急醫護處理	
輔導組	輔導教師 級任老師 資源班教師	協調有關資源及提供相關人員身心之輔導	
顧 問	家長會長、副會長 及委員、志工團 分駐所所長	協助緊急事件之處理與諮詢	

* 每組第一位同仁為組長，協調該組工作並隨時回報處理狀況。

嘉義縣平林國小校園緊急傷病處理標準作業流程 (SOP)



嘉義縣大林鎮平林國民小學校園緊急傷病事件處理流程圖



嘉義縣國中(小)學校緊急傷病處理記錄表(有護理人員)

一、傷病概述：

_____年_____月_____日

學生資料	_____年_____班 座號_____ 姓名：_____
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 緊急聯絡人：_____ 電話：_____
傷病情形	地點： <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 操場 <input type="checkbox"/> 運動場 <input type="checkbox"/> 遊樂場 <input type="checkbox"/> 其他_____
	傷病時間：_____時_____分，目擊者到達現場時間：_____時_____分
	目擊者：_____ 傷病原因： <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 撞擊 <input type="checkbox"/> 其他_____

二、初級評估：

1. 意識狀態： <input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否
2. 呼吸聲： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 呼吸困難： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3. 心跳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 () 次/分
4. 過去病史： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞肺疾病 <input type="checkbox"/> 心肌缺氧 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 外科手術 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他_____
5. 露身檢查：
外傷： <input type="checkbox"/> 有，部位_____。 <input type="checkbox"/> 無
出血： <input type="checkbox"/> 有，部位_____。 <input type="checkbox"/> 無
疼痛： <input type="checkbox"/> 有，部位_____。 <input type="checkbox"/> 無
6. 主訴：
<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 抽搐、癲癇 <input type="checkbox"/> 噁心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 暈厥、頭暈、頭痛 <input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 昏迷無知覺 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 肺部咳血 <input type="checkbox"/> 血、黑便 <input type="checkbox"/> 背痛 <input type="checkbox"/> 胸痛、胸悶 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 肢體無力、疼痛 <input type="checkbox"/> 陰道出血 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 其他：_____

7. 生命徵象：

時間	RR 呼吸	PR 脈搏	BP 血壓	意識狀況
時 分	次/分	次/分	mmHg	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左____mm 右____mm
時 分	次/分	次/分	mmHg	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左____mm 右____mm
GCS (葛式昏迷指數)				
Time	E(眼睛)	V(聲音)	M(運動)	Score(合計)
時 分				
時 分				

備註：Glasgow 昏迷計分

<u>睜開眼睛</u>		<u>聲音反應</u>		<u>運動反應</u>	
自動	4	清楚	5	服從指令	6
對聲	3	迷糊	4	局部疼痛	5
對痛	2	不適當的用字	3	(對痛)撤回	4
無	1	不完整的句子	2	(對痛)彎曲	3
		無	1	(對痛)伸張	2
				無	1

8. 健康中心處置：

- 包紮止血 頸 圈 夾板固定 維持呼吸 抽吸 CPR：_____分鐘
鼻管給氧 面罩給氧 心理支持 哈姆立克法 長、短背板固定
糖 水 其他_____

三、送醫方式：

<input type="checkbox"/> 家長自送	<input type="checkbox"/> 通知家長時間：_____時_____分		學生家長簽名：	
	<input type="checkbox"/> 家長抵達時間：_____時_____分			
	<input type="checkbox"/> 家長離校時間：_____時_____分			
<input type="checkbox"/> 校方自送	送醫時間： _____時_____分	醫院名稱： _____醫院	到達醫院： _____時_____分	目擊者簽名：
				急診人員簽名：
				護送人員簽名：
<input type="checkbox"/> 救護車	通知救護車時間 _____時_____分	救護車抵達時間 _____時_____分	救護車人員簽名：	

四、護理紀錄：

時間	病情摘要	處理情形	簽名	備註

五、紀錄核章：

護理師	訓育組長	學務主任	校長